**地域連携パス診療経過報告書（連携医→計画策定病院）**

報告日：　　　　　年　　　　月　　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| **＜計画策定病院＞**  **病院名：**  **診療科：　　　　　　　　　　　　　　　科**  **担当医：**  **Fax：** | **＜連携医療機関（かかりつけ医）＞**        **Tel：**  **Fax：** |
| 患者情報  氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　性別：  生年月日：　　　　　年　　　　月　　　　日 | |
| 経過を報告します。  診察日：　　　　　年　　　　　月　　　　　日  □患者さんの状態に変化はありません。  □患者さんの状態に変化があり、診療計画を変更しています。  変更となった内容：（　　検査　・　　薬剤　・　処置　・　その他　）  具体的内容： | |
| その他特記する事項  画像・検査データ添付（　あり　・　なし　） | |